

資 料

持続性知覚性姿勢誘発めまい (Persistent Postural-Perceptual Dizziness: PPPD) の診断基準 (Barany Society: J Vestib Res 27: 191-208, 2017)

診断基準化委員会

担当理事：池園哲郎, 堀井 新

委員長：今井貴夫

副委員長：中村 正

委員：渡辺行雄, 重野浩一郎, 高橋幸治,
浅井正嗣, 山本昌彦, 武井泰彦,
池田卓生, 橋本 誠

はじめに

持続性知覚性姿勢誘発めまいは、2017年に Barany Society が Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD) としてその診断基準を策定した疾患の日本語名である。本診断基準は、Journal of Vestibular Research 誌に掲載された Barany Society の診断基準の和訳である。

PPPD の主たる前庭症状は浮動感、不安定感、非回転性めまいであり、症状は3か月以上続く。前庭症状は①立位、②能動あるいは受動運動、③動くものや複雑な視覚パターンなどの視覚刺激により増悪する。PPPD には多くの場合、めまいの原因となる前庭疾患、精神疾患、内科疾患が先行し、それらが軽快したのちにも上記の前庭症状が持続する。PPPD は単独で存在する場合も、他の前庭疾患と併存する場合もある。現時点で、PPPD を診断する特異的な検査はない。PPPD の病態は明らかではないが、姿勢制御、空間識、情動に関わる感覚処理の異常が原因である機能的疾患と考えられており、純然たる器質性あるいは精神疾患ではない。過去に報告された疾患の中では Phobic Postural Vertigo (PPV, 恐怖性姿勢めまい) に類似し、高頻度に見られる疾患である。治療としては、Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)、前庭リハビリテーション、認知行動療法の有効性が報告されている。

診断基準

PPPD は以下の基準 A～E で定義される慢性の前庭症状を呈する疾患である。診断には5つの基準全てを満たすことが必要である。

- A. 浮動感、不安定感、非回転性めまいのうち一つ以上が、3ヶ月以上にわたってほとんど毎日存在する^{(1)~(3)}。
 - 1. 症状は長い時間（時間単位）持続するが、症状の強さに増悪・軽減がみられることがある。
 - 2. 症状は1日中持続的に存在するとはかぎらない。
- B. 持続性の症状を引き起こす特異的な誘因はないが、以下の3つの因子で増悪する^{(4)~(5)}。
 - 1. 立位姿勢
 - 2. 特定の方向や頭位に限らない能動的あるいは受動的な動き
 - 3. 動いているもの、あるいは複雑な視覚パターンを見たとき
- C. この疾患は、めまい、浮動感、不安定感を引き起こす病態、あるいは急性・発作性・慢性の前庭疾患、他の神経学的・内科的疾患、心理的ストレスによる平衡障害が先行して発症する⁽⁶⁾。
 - 1. 急性または発作性の病態が先行する場合は、その先行病態が回復するにつれて症状は基準 A のパターンに定着する。しかし、症状は初めに間欠的に生じ、持続性の経過へと固定し

ていくことがある。

2. 慢性の疾患が先行する場合は、症状は緩徐に進行し、次第に悪化していくことがある。

D. 症状は、顕著な苦痛あるいは機能障害を引き起こしている。

E. 症状は、他の疾患や障害ではうまく説明できない⁽⁷⁾。

注 記

(1) PPPD は、Barany Society の前庭疾患分類委員会によって定義されている以下の前庭症状を示す。

- ・空間認知の混乱や障害に伴う非運動性の感覚 (dizziness: 浮動感)
- ・立位あるいは歩行時の不安定な感覚 (unsteadiness: 不安定感)
- ・自分自身が揺らぐ、揺れ動く、上下に揺れる、はずむという疑似運動感覚 (internal non-spinning vertigo: 内的な非回転性めまい)、またはそれに類似した外界の運動感覚 (external non-spinning vertigo: 外的な非回転性めまい)

(2) 症状は、1ヶ月のうち15日以上存在する。ほとんどの患者は毎日あるいはほぼ毎日、症状を自覚する。症状は、1日の中で時間が進むにつれて増強する傾向にある。

(3) 誘因なく、あるいは動作によって、症状の瞬間的な増悪が生じることがあるが、このような一過性の増悪の持続は秒単位であり、全ての患者に生じるわけではない。瞬間的な増悪だけでは診断基準は満たさない。

(4) 疾患が十分に進行すると、誘因に曝露されなくても症状が持続する。

(5) 基準Bの3つの因子すべてによる増悪を経過中に認める必要があるが、それらが同等に症状を増悪させなくてもよい。患者は、前庭症状の不快感を増悪を最小限にするために、これらの増悪因子を回避しようとする場合があり、そのような回避が見られたときはこの基準を満たすと考えてよい。

a. 立位姿勢とは、起立あるいは歩行のことである。立位姿勢の影響に特に過敏な患者は、支

えのない座位で症状が増悪すると訴えることがある。

b. 能動的な動作とは、患者が自ら起こした動作のことである。受動的な動作とは、患者が乗り物や他人によって動かされることである (例: 乗り物やエレベーターに乗る、馬などの動物に乗る、人ごみに押される)。

c. 視覚刺激は、視覚環境の中の大きな物体 (例: 行き交う車、床や壁紙のごてごてした模様、大画面に表示された画像) の場合もあり、あるいは近距離から見た小さな物体 (例: 本、コンピュータ、携帯用の電子機器) の場合もある。

(6) PPPD を発症させる頻度の高い病態は、末梢性または中枢性の前庭疾患 (PPPD 症例の25~30%)、前庭性片頭痛の発作 (15~20%)、顕著な浮動感を示すパニック発作または不安 (それぞれ15%)、脳しんとうまたはむち打ち症 (10~15%)、自律神経障害 (7%) である。不整脈や薬剤の副作用といった、めまい、浮動感、不安定感を引き起こしたり平衡機能に影響したりする他の病態は PPPD の原因とはなりにくい (合計で3%以下)。PPPD に先行する病態の大半は急性または発作性であり、急性症状に続発して PPPD による持続性の症状が始まったと患者は訴える。しかし、全般性不安障害、自律神経障害、末梢性・中枢性の変性疾患などが先行した場合、潜行性に発症することがあり、患者が明確な発症時期を報告することは少ない。全ての症例において特定の先行疾患を同定できるわけではない。その場合、特に症状が緩徐に悪化している場合は、診断を再評価することが必要であり、PPPD と診断確定するにはしばらく経過を追う必要がある。

(7) PPPD は他の疾患や障害と併存することがある。他の疾患が存在していても、必ずしも PPPD の診断を除外するものではない。むしろ、PPPD を含む同定された疾患で、患者の前庭症状を説明できるかどうか、臨床的に判断する必要がある。